

УДК 336.151; 336.152; 336.153

Ключевые слова:

медицинские сберегательные счета, медицинское страхование, механизмы оплаты медицинской помощи, моральный риск, обязательное медицинское страхование, разделение затрат, участие пациента в оплате

В. С. Назаров, к. э. н.,

директор Научно-исследовательского финансового института, заместитель директора Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС

(e-mail: nazarov@nifi.ru)

К. М. Дэвис, доктор наук (экономика),

профессор факультета экономики

Оксфордского университета;

зав. лабораторией экономики здравоохранения РАНХиГС

(e-mail: christopher.davis@economics.ox.ac.uk)

Н. Н. Сисигина, науч. сотр.

Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС

(e-mail: sisiginann@mail.ru)

Медицинские сберегательные счета: перспективы для системы ОМС

Одной из причин неэффективного расходования средств в системе обязательного медицинского страхования остается недостаточная экономическая мотивация участников (пациентов, поставщиков медицинских услуг). В международной практике распространенным методом усиления экономических стимулов в системе здравоохранения является использование различных форм участия пациента в оплате медицинской помощи, из которых для России особый интерес представляют медицинские сберегательные счета, объединяющие преимущества оплаты из личных средств и медицинского страхования.

Начиная с 1970–1980-х гг. проблема сдерживания роста расходов на здравоохранение становится одной из центральных тем экономики здравоохранения. Предшествующий период в большинстве развитых стран характеризуется резким увеличением расходов на здравоохранение как в абсолютном, так и в относительном выражении¹. В дальнейшем темпы роста расходов на здравоохранение снизились в значительной степени благодаря принятым мерам по ограничению предложения, но на протяжении большей части последующих десятилетий по-прежнему превышали темпы роста ВВП.

¹ В частности, в европейских странах с 1960 по 1980 г. доля расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась в среднем в 1,8 раза.

МОРАЛЬНЫЙ РИСК В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Наряду с объективными причинами (расширение охвата населения бесплатной медицинской помощью, развитие медицинских технологий, старение населения) определенный вклад в рост расходов вносят причины субъективного характера, в первую очередь риски недобросовестного поведения поставщиков и потребителей медицинской помощи. В общем случае под риском недобросовестного поведения, или моральным риском, понимается риск изменения поведения одного из участников экономических отношений, связанный с изменением условий его деятельности. На практике моральный риск чаще всего проявляется в страховой сфере: субъект, обладающий страховкой, склонен выбирать более рискованную стратегию поведения, увеличивающую вероятность наступления страхового события. В здравоохранении под моральным риском понимается аналогичное изменение поведения потребителя при приобретении медицинской страховки (или медицинского обеспечения, финансируемого за счет бюджетных средств). Моральный риск со стороны потребителя медицинских услуг может проявляться в поведении, увеличивающем риск возникновения заболевания, или потреблении услуг, не являющихся необходимыми по объективным показаниям.

Моральный риск в здравоохранении приводит к увеличению неоправданных расходов по нескольким причинам².

1. С точки зрения классической экономической теории предельные издержки приобретения отдельной медицинской услуги в условиях классической страховой или бюджетной модели здравоохранения равны нулю. Как следствие, потребителю выгодно обращаться за медицинской помощью даже в том случае, если ее предельная полезность незначительна.

2. Поскольку потребитель не участвует в оплате конкретных медицинских услуг, он не заинтересован в поиске лучшего соотношения затраты/эффективность. В результате потребитель может приобретать услуги более высокого уровня или по более высокой цене, чем требуется.

3. Рынок медицинских услуг характеризуется значительной информационной асимметрией. Потребитель, как правило, не обладает достаточными знаниями для оценки действительной необходимости предлагаемых медицинских услуг, тогда как поставщики медицинских услуг заинтересованы в увеличении стоимости лечения и могут навязывать потребителю избыточные услуги или услуги по завышенной цене. Поскольку потребитель не заинтересован в оптимизации затрат, он с высокой вероятностью будет поддерживать избыточные назначения.

Все перечисленные проявления морального риска прямо или косвенно связаны с исключением (ограничением — в случае частной медицинской страховки) ценового регулирования, что следует считать первичной причиной развития морального риска со стороны потребителя. Вместе с тем отказ от оплаты медицинских услуг непосредственно потребителем играет важную роль в обеспечении доступности медицинской помощи и в конечном итоге в сохранении здоровья населения. Следствием приоритета доступности медицинской помощи стало преобладание в политике большинства развитых стран мер, направленных на смягчение последствий морального риска: ограничение пакета медицинского обеспечения, контроль обоснованности предоставления медицинской помощи, регулирование цен и условий оказания стандартных медицинских услуг.

Альтернативным решением проблемы выступает частичное восстановление ценового регулирования в форме разделения затрат между потребителем и формальным покупателем медицинских услуг (страховой компанией, государственными органами).

² Farnsworth D. *Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer?* / *Annals of Health Law* 15 (2), 2006. — P. 251–273.

С экономической точки зрения участие потребителя в оплате можно рассматривать как искусственное восстановление предельных издержек обращения за медицинской помощью, ограничивающее потребление медицинских услуг только теми, предельная полезность которых превышает понесенные потребителем затраты, т. е. клинически обоснованными. Участие в оплате также позволяет восстановить значимость ценовой информации для потребителя, что создает стимулы к поиску наилучшего соотношения стоимости и результата лечения. В то же время расширение участия потребителя в оплате неизбежно снижает доступность медицинской помощи, что может привести к полному отказу от части медицинских услуг или позднему обращению за медицинской помощью. Участие потребителя в оплате также не решает проблему неоправданных расходов, создаваемых поставщиками медицинских услуг, поскольку даже при наличии ценовой информации потребитель обычно не обладает достаточными знаниями, чтобы определить, является ли предлагаемая услуга необходимой.

Активное использование механизмов разделения затрат в здравоохранении начинается после публикации результатов исследования, проведенного Корпорацией RAND в 1974–1981 гг. В ходе проекта Корпорация RAND играла роль страховщика, предлагая участникам эксперимента страховые планы с различным уровнем участия пациента: от 0 до 95 %. Результаты исследования показали, что при сопоставимых показателях здоровья расходы пациентов с 95-процентным участием составляли только 66 % от расходов лиц, страховые планы которых не включали разделения затрат³.

В начале 1980-х гг. частные страховые компании в США начинают предлагать страховые планы с расширенным участием пациента в оплате, включая установленный минимальный объем расходов, оплачиваемый пациентом из личных средств (безусловную франшизу), соплатежи (в фиксированной сумме и в виде доли от суммы счета), сострахование (страхование, покрывающее расходы, не включенные в основной страховой план). Медицинские сберегательные счета входят в практику государственного медицинского обеспечения с 1984 г. (Сингапур), частного медицинского страхования — с первой половины 1990-х годов (США, ЮАР).

Формально медицинский сберегательный счет представляет собой целевой сберегательный счет, средства которого могут расходоваться его держателем на оплату медицинских услуг и товаров медицинского назначения в законодательно утвержденном порядке по собственному усмотрению. Правила использования средств счета могут включать в себя разрешенные направления расходования (виды медицинской помощи, конкретные медицинские услуги), лимиты расходования (общий, на услуги определенного типа), возможность перераспределения средств между сберегательными счетами членов семьи. В отдельных случаях медицинские сберегательные счета могут допускать изъятие средств на цели, не связанные с получением медицинской помощи, но такое использование средств сопровождается штрафными санкциями. Как правило, для медицинских сберегательных счетов также устанавливаются правила пополнения счета, включающие минимальный ежемесячный взнос, и предельный объем накоплений.

Управление медицинскими сберегательными счетами осуществляется страховой компанией или банком, при этом гарантируется минимальная доходность счета. Остаток средств на конец года обычно переносится на будущие периоды и может быть объектом наследования.

В отличие от социального медицинского страхования, основанного на горизонтальном перераспределении средств по принципу «здоровый платит за больного», держатель сберегательного счета сохраняет право собственности на внесенные средства и право самостоятельного выбора направлений их расходования (в пределах законодательных ограничений). Вместе с тем сберегательные счета сохраняют отдельные

³ Farnsworth D. *Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer?*

характеристики медицинского страхования (накопительный принцип формирования, целевой характер использования средств), которые позволяют снизить риски ограничения доступности медицинской помощи благодаря перераспределению средств в течение жизни индивида.

Медицинские сберегательные счета позволяют бороться с ростом расходов двумя основными путями⁴.

1. Снижением потребления медицинских услуг за счет ориентации пациентов на сохранение здоровья и рациональное потребление медицинских услуг.

2. Снижением расходов на здравоохранение за счет ориентации пациентов на поиск наиболее экономически эффективных методов лечения и уменьшения административных затрат на планирование медицинского обеспечения благодаря передаче права выбора медицинских услуг и поставщиков с лучшими условиями непосредственно потребителю.

В странах с преимущественно частным финансированием здравоохранения медицинские сберегательные счета также позволяют расширить охват населения медицинским страхованием. Поскольку медицинские сберегательные счета являются разновидностью индивидуального страхования, они привлекают ту часть незастрахованного населения, которая не доверяет классическим страховым планам, основанным на перераспределении средств, или считает их невыгодными для себя. В частном медицинском страховании медицинские сберегательные счета, как правило, используются в качестве дополнения к страховым планам с высоким уровнем франшизы для оплаты медицинских расходов до вступления в действие страховой части, что также повышает доступность медицинской помощи.

В странах с финансированием здравоохранения из бюджетных средств или средств обязательного медицинского страхования медицинские сберегательные счета могут стать инструментом привлечения дополнительных денежных ресурсов в систему оплаты медицинской помощи за счет расширения возможностей разделения затрат с пациентом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПРАКТИКЕ

Исторически первым государством, включившим сберегательные счета в систему оплаты медицинской помощи, стал Сингапур (1984 г.). Позднее медицинские сберегательные счета в различных формах начали использовать ЮАР (1994 г., реализована модель частных страховых планов с использованием сберегательных счетов, близкая модели США), Китай (1998 г., пилотный проект — с 1994 г.) и США (2003 г., для отдельных категорий населения — с 1996 г.). Проект использования медицинских сберегательных счетов предлагался для реформы здравоохранения Канады (1996 г.). Несмотря на то что перечисленные государства ранее использовали различные модели финансирования медицинской помощи (бюджетная модель британского типа в Сингапуре, преимущественно частное финансирование в США, страхование за счет работодателя — в Китае), проблема морального риска в различных формах присутствовала во всех типах систем.

В зависимости от поставленных задач и особенностей действующей системы здравоохранения национальные модели медицинских сберегательных счетов могут отличаться по отдельным параметрам, в частности, по разрешенным направлениям и объемам расходования средств, схеме сочетания различных источников оплаты медицинской помощи, механизмам администрирования сберегательных счетов (см. табл. 1).

⁴ Hsu J. *Medical Savings Accounts: What is at Risk? World Health Report 2010. Background Paper 17 / World Health Organization* (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/MSAsNo17FINAL.pdf>).

Таблица 1

Сравнение национальных моделей медицинских сберегательных счетов

	Сингапур	Китай	США	Канада (проект)
Цели внедрения	Сокращение расходов на здравоохранение. Создание у потребителей мотивации к рациональному поведению. Привлечение дополнительных ресурсов в систему здравоохранения	Сокращение расходов на здравоохранение. Создание у потребителей мотивации к рациональному поведению	Расширение прав пациента. Расширение охвата населения медицинским страхованием	Создание у потребителей мотивации к рациональному поведению. Расширение прав пациента
Участие	Обязательное	Обязательное	Добровольное	Обязательное
Целевая аудитория	Все работающее население Сингапура	Все работающее по найму население, проживающее в городской местности	Пользователи страховых планов с высокими вычетами (не имеющие иной медицинской страховки)	Все население
Пополнение счета	Работник и работодатель. Обязательный уровень взносов и предельные объемы средств на счете устанавливаются государством с учетом возраста застрахованного лица, типа занятости и уровня дохода	Работник и работодатель. Обязательный уровень взносов устанавливается на муниципальном уровне с учетом рекомендованных нормативов	Любое заинтересованное лицо. Максимальный объем взносов зависит от возраста застрахованного лица, типа страхового плана и длительности его использования	Государство. Размер взносов устанавливается отдельно для каждой демографической группы исходя из среднего объема подушевых расходов за прошлые периоды и стоимости страховки от дорогостоящих заболеваний
Управление средствами	Государство (Центральный сберегательный фонд)	Государство (муниципальные агентства социального страхования)	Частные финансовые институты (банки, страховые компании и др.)	Государство
Сочетание с платежами из личных средств	Платежи при превышении лимита расходования средств на услуги определенного типа. Обязательный платеж при оплате медицинской помощи при хронических заболеваниях (фиксированный вычет + процент от суммы счета)	Платежи в размере разрыва между объемом сберегательного счета и объемом расходов, позволяющим обратиться к страховой части	Определяется используемым страховым планом. Общее условие — платежи в размере разрыва между объемом сберегательного счета и объемом расходов, позволяющим обратиться к страховой части. Могут предусматриваться иные формы соплатежей	Платежи в размере разрыва между объемом сберегательного счета и объемом расходов, позволяющим обратиться к страховой части
Сочетание с медицинским страхованием от дорогостоящих заболеваний	Добровольный государственный страховой план Medishield или иные государственные и частные страховые планы	Обязательный государственный страховой план	Обязательное использование частного страхового плана с высоким вычетом	Обязательное приобретение частного или страхового плана по выбору застрахованного лица

Источник: составлено авторами.

Сингапур

Исторически Сингапур являлся частью Британской империи и к моменту обретения статуса самоуправляемого государства (1959 г.) сохранял бюджетную систему здравоохранения, организованную по образцу британской модели: всеобщее бесплатное медицинское обеспечение, предоставляемое государственными больницами и оплачиваемое из средств государственного бюджета. Решение о постепенном отказе от бюджетной модели здравоохранения как слишком дорогостоящей для развивающейся

страны было принято сразу после получения независимости, и уже в 1960 г. были введены обязательные соплатежи населения за посещение врача, которые, впрочем, на тот момент носили символический характер⁵. Полномасштабная реформа здравоохранения, направленная на переход к рыночному регулированию отрасли, началась только в 1984 г. с принятием Национального плана развития здравоохранения. Наиболее значимыми новациями реформы стали изменение статуса государственных больниц и переход от бюджетного к преимущественно частному финансированию.

В течение 1980–1990-х гг. все государственные больницы Сингапура были преобразованы в самостоятельные юридические лица, формально находившиеся в собственности созданной в 1985 г. частной некоммерческой Корпорации здравоохранения Сингапура, в свою очередь, принадлежащей Министерству здравоохранения. Такая сложная структура собственности обеспечивала независимость руководства больниц от Министерства здравоохранения в вопросах текущей деятельности, но сохраняла за Министерством возможность принятия стратегических решений по изменению структуры больничной сети⁶.

Основным источником финансирования пореформенной системы здравоохранения становились личные средства граждан, поступающие в систему здравоохранения через медицинские сберегательные счета (программа Medisave), и прямые платежи из личных средств. Финансирование из государственного бюджета сохранялось только для оплаты минимального набора медицинских услуг для малоимущего населения и частичного субсидирования стационарного лечения.

Позднее программа индивидуальных медицинских сберегательных счетов Medisave была дополнена программой медицинского страхования Medishield (с 1990 г.), предназначенной для оплаты расходов при длительных заболеваниях, требующих значительных расходов, и государственным благотворительным фондом Medifund (с 1993 г.), оказывающим поддержку гражданам, которые не могут оплатить стационарную медицинскую помощь даже с учетом государственных субсидий. В дальнейшем в систему здравоохранения были включены меры поддержки для отдельных категорий граждан (например, регулируемые государством страховые планы Eldershield — для граждан пожилого возраста, дополнительные взносы на счета Medisave родителей, выплачиваемые государством при рождении ребенка).

В 1993 г. с учетом результатов первого десятилетия реформы был подготовлен программный доклад «Доступное здравоохранение», дополнивший Национальный план развития здравоохранения новыми ключевыми направлениями, включая ориентацию на поддержку здорового образа жизни и индивидуальной ответственности за здоровье, а также возможность прямого государственного вмешательства в случаях, когда рынок не способен сдерживать рост расходов⁷.

Медицинские сберегательные счета Medisave являются обязательными для всего работающего населения Сингапура. Самозанятое население первоначально не участвовало в программе Medisave, но с 1992 г. для лиц, чистый доход которых за предыдущий год составил S\$6000 и более, сберегательные счета также стали обязательными⁸.

Участие в программе страхования от катастрофических заболеваний Medishield добровольное. По умолчанию участниками программы Medishield являются все держатели счетов Центрального сберегательного фонда, но за участниками сохраняется право выхода из программы, которое обычно используется при выборе частного медицинского страхования. На практике программа Medishield охватывает более 90 % населения.

⁵ S\$0.50 за посещение врача в будние дни и S\$1 — за посещение в праздничные и выходные дни (здесь и далее S\$ используется для обозначения сингапурского доллара).

⁶ Ramesh M. *Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore* // *The American Review of Public Administration*. — 2008. — Vol. 38. — № 1. — P. 62–79.

⁷ Haseltine W. A. *Affordable Excellence: the Singapore Healthcare Story: How to Create and Manage Sustainable Healthcare Systems*. — Singapore: Ridge Books, 2013.

⁸ CPF Contribution / Central Provident Fund Board (<http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contri/ContriRa.htm>).

Управление медицинскими сберегательными счетами, как и другими видами обязательных целевых сбережений населения, осуществляет государственный Центральный сберегательный фонд. В настоящий момент он объединяет целевые сберегательные счета, предназначенные для приобретения жилья, страховки на случай смерти или утраты трудоспособности, инвестирования и оплаты образования (общий счет), финансирования пенсионного обеспечения (специальный счет), медицинских услуг (счет Medisave). Центральный сберегательный фонд гарантирует минимальный уровень доходности сбережений, пересматриваемый ежеквартально (во втором квартале 2014 г. ставка доходности общего счета установлена на уровне 2,5 %, для специального счета и счета Medisave — 4,0 %⁹). Средства счетов наследуются по завещанию или на основании законодательства о наследовании.

Пополнение сберегательных счетов осуществляется как работником, так и работодателем. Сумма отчислений зависит от типа занятости, возраста и уровня дохода держателя счета. Объем обязательных взносов для самозанятого населения определяется исходя из дохода за предыдущий год¹⁰.

Общий объем средств сберегательного счета жестко контролируется государством. Предельные объемы средств устанавливаются государством ежегодно с учетом роста стоимости медицинских услуг: в 2013 г. максимальный объем сбережений на счете Medisave составлял S\$45 500¹¹; минимальный остаток средств для лиц от 55 лет и старше, при котором возможно использование средств счета, с 1 июля 2013 г. был определен на уровне S\$40 500¹². Неиспользованный остаток средств в пределах лимита переходит на будущие периоды; средства, превышающие установленный предел, перераспределяются на остальные счета держателя в Центральном сберегательном фонде.

Характерная особенность сингапурской модели медицинских сберегательных счетов — разнообразие форм ограничений на использование средств счета. Наряду с установлением минимального остатка средств ограничения включают в себя определение перечня услуг, включенных в программу Medisave, соплатежи в фиксированной сумме и в виде оплаты доли счета, лимиты расходования средств на оплату отдельных услуг, ограничения на перераспределение средств между счетами членов семьи. Целью этих мер выступает сохранение функции Medisave по регулированию индивидуальных медицинских расходов, в т. ч. для лиц пожилого возраста и страдающих хроническими заболеваниями, которая исчезнет при «пустом» счете¹³.

Из средств медицинских сберегательных счетов могут оплачиваться расходы на стационарную медицинскую помощь и часть амбулаторно-поликлинических услуг, в том числе на оплату лекарств, амбулаторной хирургии, психиатрической помощи, части диагностических процедур и лечения хронических заболеваний, отдельные специфические лекарства и процедуры для пациентов, больных раком (химиотерапия, лучевая терапия), вирусом иммунодефицита (лекарственное обеспечение, переливания крови), перенесших пересадку органов (лекарственное обеспечение) и т. д. Допускается использование средств индивидуального счета Medisave для оплаты медицинских расходов членов семьи держателя счета. Для каждой категории медицинских услуг определяется годовой лимит расходования средств, для некоторых процедур (искусственное оплодотворение, гемодиализ, антиретровирусные препараты при лечении

⁹ Interest Rates / Central Provident Fund Board (<http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/Gen-Info/Int-Rates/Int-Rates.htm>).

¹⁰ CPF Contribution / Central Provident Fund Board (<http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contri/ContriRa.htm>).

¹¹ Medisave Contributions / Central Provident Fund Board (<http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/11789499-FAA9-4CDB-89FF-976CF23C08D3/0/MedisaveContributions.pdf>).

¹² Medisave Minimum Sum / Central Provident Fund Board (<http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/739B90C6-218D-4AAD-9A4D-2B384381B57F/0/MedisaveMinimumSum.pdf>).

¹³ Haseltine W. A. *Affordable Excellence: the Singapore Healthcare Story: How to Create and Manage Sustainable Healthcare Systems*.

ВИЧ-инфекции) также устанавливаются ограничения на перераспределение средств между семейными счетами. Оплата амбулаторно-поликлинических услуг, не включенных в перечень, осуществляется целиком из личных средств пациента¹⁴.

Размер соплатежей для амбулаторно-поликлинических услуг определяется типом медицинских услуг, для стационарной медицинской помощи — классом больничной палаты. В целях предотвращения избыточного расходования средств счета использование средств Medisave для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой при хронических заболеваниях, дополнительно ограничивается обязательным соплатежом из личных средств пациента в размере S\$30 и 15 % от остальной суммы счета¹⁵.

Из средств сберегательных счетов также могут быть оплачены страховые взносы как государственных (Medishield и Medishield Plus), так и частных страховых планов, интегрированных с Medisave.

Результаты реформы здравоохранения Сингапура, как правило, оценивают чрезвычайно высоко. Расходы Сингапура на здравоохранение не превышают 5 % ВВП, доля государственных расходов сохраняется в пределах 1–1,5 % ВВП¹⁶. ВОЗ в исследовании 2000 г. поставила систему здравоохранения Сингапура на шестое место в мире по эффективности¹⁷; в рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения, составленном агентством Bloomberg в 2013 г., Сингапур занимает второе место после Гонконга¹⁸.

По основным показателям здравоохранения Сингапур соответствует наиболее развитым странам мира или опережает их. Ожидаемая продолжительность жизни с 1960 по 2012 г. у женщин выросла с 66 до 84,5 лет, у мужчин — с 62 до 79,9 лет, что превышает показатели таких стран, как США и Великобритания. Младенческая смертность в 1990 г. достигла уровня 5 на тысячу рожденных живыми, что примерно соответствовало уровню Великобритании, Австралии и Канады; в 2012 г. младенческая смертность снизилась до 1,8 промилле (в Великобритании и Австралии — до 4, в Канаде — до 5)¹⁹.

К основным факторам успеха медицинских сберегательных счетов в Сингапуре относят высокую склонность к сбережению наряду с высоким уровнем дохода и относительно молодым населением²⁰.

Критики сингапурской модели, как правило, останавливаются на двух потенциально опасных последствиях реформы. Во-первых, медицинские сберегательные счета оказались не в состоянии сдержать рост расходов на медицинские услуги, вызванный деятельностью поставщиков, в частности, ориентацией больниц на предоставление наиболее дорогих услуг²¹. Во-вторых, старт реформе был дан в относительно благоприятных демографических и экономических условиях, что ставит под сомнение эффективность программы в будущем. Косвенно эти опасения подтверждаются появлением дополнительных программ и бонусов, направленных на поддержку отдельных категорий населения, и медленным, но неуклонным ростом нормативов обязательных

¹⁴ Medisave Withdrawal limits / Ministry of Health Singapore (http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Withdrawal_Limits.html).

¹⁵ С 1 июля 2014 г. обязательный соплатеж в фиксированной сумме S\$30 будет отменен. Соплатеж в размере 15 % от суммы счета и предельный объем общих расходов на оплату амбулаторной помощи при хронических заболеваниях S\$400 сохраняются в прежнем объеме.

¹⁶ Данные Global Health Expenditure Database.

¹⁷ The World Health Report 2000 — Health Systems: Improving Performance. — Geneva: World Health Organization, 2000.

¹⁸ Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg (<http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>).

¹⁹ Данные OECD Health Statistics 2013 и Singapore Department of Statistics.

²⁰ Dong W. Can Health Care Financing Policy be Emulated? The Singaporean Medical Savings Accounts Model and its Shanghai Replica // *Journal of Public Health (Oxford)*. — 2006. — 28 (3). — P. 209–214.

²¹ Hsiao W. C. Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore // *Health Affairs*. — 1995. — № 14 (2). — P. 260–266.

отчислений на счета Medisave. ВОЗ и ряд других исследователей также отмечают незначительную роль сберегательных счетов и государственных программ медицинского страхования: на долю Medisave приходится около 8 % от общих расходов на здравоохранение, Medishield и Medishield Plus — 2 %, тогда как на долю государственных расходов и расходов из личных средств пациентов приходится по 25 %, частного медицинского страхования — 5 %, на долю работодателя — 35 % от общих расходов на здравоохранение²².

Китай

Особенность китайской системы здравоохранения — отсутствие единой модели медицинского обеспечения населения. В первые десятилетия после провозглашения Китайской Народной Республики (1950–1970 гг.) были созданы системы медицинского страхования для работающего городского населения, занятого на государственных предприятиях (Labour Insurance System — LIS, с 1951 г.), и государственных служащих, преподавателей и студентов высших учебных заведений (Government Insurance System — GIS, с 1952 г.). За счет средств медицинского страхования в системах оплачивалась также медицинская помощь пенсионерам и лицам, находящимся на иждивении застрахованных. Медицинское обеспечение сельского населения с 1950-х гг. осуществлялось на основе кооперативного медицинского страхования. Медицинские расходы работников и пенсионеров государственных предприятий оплачивались за счет прибыли предприятия до налогообложения, государственных служащих, студентов и государственных пенсионеров — за счет государственного бюджета, сельского населения — сельской общиной. Население, не включенное ни в одну из этих систем, оплачивало медицинские услуги из личных средств. До начала рыночных реформ государство в значительной степени субсидировало эти траты, устанавливая заниженные цены на медицинские услуги²³.

Переход к рыночной экономике, начавшийся в 1978 г., привел к кризису существовавших ранее систем медицинского страхования, вызванному в сельской местности роспуском сельских общин, в городской — тяжелым положением многих государственных предприятий и распространением частных компаний. Следствием кризиса стало резкое сокращение доли населения, охваченного медицинским страхованием: в 1999 г. доля застрахованных среди всего населения страны составляла 7 %, среди городского населения в 1998 г. до начала реформы системы страхования — 38 %²⁴. Одновременно со снижением охвата населения медицинским страхованием ухудшилась доступность медицинской помощи, оплачиваемой из личных средств пациента, поскольку отказ от жесткого государственного регулирования в ходе реализации рыночных реформ привел к росту цен на медицинские услуги. Действовавшие системы медицинского страхования работающего населения, основанные на полной оплате медицинских расходов работодателем, в рыночных условиях также оказались слишком тяжелой финансовой нагрузкой для государственного бюджета и бюджетов частных компаний, вплоть до банкротства некоторых из них из-за неспособности оплатить медицинские расходы²⁵.

²² *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience / World Health Organization, 2002; Dong W. Can Health Care Financing Policy be Emulated? The Singaporean Medical Savings Accounts Model and its Shanghai Replica.*

²³ *Barber S., Yao L. Health Insurance Systems in China: a Briefing Note / World Health Report 2010. Background paper, № 37. — World Health Organization, 2010.*

²⁴ *Liu G., Cai R. H., Zhao Z. Y., Yuen P., Xiong X. J., Chao S., Wang B. Q. Urban Health Care Reform Initiative in China: Findings from its Pilot Experiment in Zhengjiang City // International Journal of Economic Development. — 1994. — № 1 (4). — P. 504–525.*

²⁵ *Wang Z. The Effectiveness, Problems, and Outlet for the Personal Account of Basic Medical Insurance // Chinese Health Economics. — 2005. — № 24. — P. 39–42.*

Основной целью реформы здравоохранения в Китае стало восстановление доступности медицинской помощи для населения. Для решения этой задачи были созданы три новые системы медицинского страхования:

— система страхования городского работающего населения (Urban Employee — Basic Medical Insurance; с 1994 г. — пилотный проект, с 1999 г. — распространение на всю территорию страны), призванная заместить GIS и LIS;

— система страхования городского неработающего населения (Urban Residents — Basic Medical Insurance, с 2007 г.);

— обновленная система кооперативного медицинского страхования для сельской местности (New Rural Cooperative Medical Scheme, с 2003 г. — пилотный проект, с 2007 г. — распространение на всю территорию страны).

Из трех основных систем медицинского страхования Китая медицинские сберегательные счета используются только в системе страхования городского работающего населения. Основная цель сберегательных счетов — сдерживание роста расходов на здравоохранение, характерного для предшествующих систем страхования этой группы. Доступность медицинской помощи при дорогостоящих заболеваниях обеспечивается страховым фондом.

В 1994 г. новая схема медицинского страхования городского работающего населения начала использоваться в рамках пилотного проекта в двух городах общим населением 5 млн человек, в 1995–1996 гг. в пилотный проект были включены 58 городов. В 1998 г. решением Государственного совета КНР «О создании системы базового медицинского страхования работников в городской местности» новая модель медицинского обеспечения была распространена на всю территорию страны и всех работодателей городской местности, включая государственные и частные предприятия, государственные органы и учреждения²⁶.

Предполагается, что в будущем система страхования городского работающего населения полностью заместит действовавшие ранее системы страхования государственных служащих и работников государственных предприятий. На практике право выбора страховой системы для государственных предприятий и учреждений остается за работодателем, поэтому часть организаций с низким уровнем медицинских расходов сохраняет более выгодные для них предшествующие системы. По состоянию на 2011 г. новая система страхования городского работающего населения охватывала 252 млн человек (в 2013 г. — 265 млн человек²⁷), бесплатную медицинскую помощь по предыдущим страховым планам получали около 50 млн человек (включая непосредственно застрахованных лиц и членов их семей)²⁸.

Управление страховой системой в значительной степени децентрализовано. На государственном уровне установлено право участия в страховой системе работников городских предприятий всех форм собственности, рекомендуемые уровень взносов и пределы страхового возмещения. Остальные полномочия по регулированию страховой системы переданы на муниципальный уровень (как правило, на уровень городской администрации), который одновременно является уровнем объединения страховых рисков. Перераспределение средств между муниципалитетами не предусматривается. Муниципалитеты, в частности, принимают решение об участии в системе медицинского обеспечения самозанятого населения и работников сельскохозяйственных предприятий, устанавливают нормативы взносов с учетом рекомендованных значений, распределение средств между сберегательной и страховой частью и правила их использования. Управление средствами сберегательных счетов

²⁶ Liu Y. *Reforming China's Urban Health Insurance System // Health Policy.* — 2002. — № 60 (2). — P. 133–150.

²⁷ Liu Q. *Healthcare Reform Rolls on: What's Next? / China.org.cn* (http://www.china.org.cn/china/third_plenary_session/2013-11/10/content_30553575.htm).

²⁸ China. *Basic Medical Insurance in Urban Areas / International Labour Organization* (http://www.ilo.org/dyn/illossi/ssmain.viewScheme?p_lang=en&p_geoaid=156&p_scheme_id=287).

и страхового фонда осуществляют агентства социального страхования, создаваемые при муниципалитетах²⁹.

Финансовое обеспечение медицинской помощи складывается из индивидуальных медицинских сберегательных счетов, оплаты из личных средств застрахованного лица и социально-страховой части. Обязательное финансирование страхового плана осуществляется за счет средств работника (рекомендованное значение — 2 % от заработной платы) и работодателя (рекомендованное значение — 6 % от фонда оплаты труда). На индивидуальные сберегательные счета направляются взнос работника полностью и доля от общего платежа работодателя, определяемая муниципалитетом (рекомендованное значение — 30 %), остальная часть платежа работодателя перечисляется в социально-страховой фонд. Органы местного самоуправления вправе устанавливать собственные нормативы взносов работодателя (обычно 6–10 % от фонда оплаты труда) и работника (1–2 % от заработной платы), распределение взносов между страховой и сберегательной частью³⁰.

Органы местного самоуправления также выбирают модель использования страховых средств³¹:

— последовательное использование средств, при котором медицинская помощь первоначально оплачивается из средств сберегательного счета, далее — из личных средств потребителя вплоть до достижения суммы безусловной франшизы, и лишь затем потребитель получает право на частичное покрытие последующих расходов за счет страховых средств;

— параллельное использование средств, при котором средства сберегательной и страховой части расходуются независимо друг от друга. Средства сберегательных счетов используются только для оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, средства страхового фонда — только стационарной (после превышения размера безусловной франшизы и с обязательными соплатежами из личных средств потребителя).

Использование средств ограничено обязательной безусловной франшизой (устанавливается органами местного самоуправления как доля от среднего годового заработка застрахованного лица, рекомендованное значение — 10 %) и предельным объемом страхового возмещения (рекомендованное значение — 400 % среднего годового заработка в муниципалитете). Расходы, превысившие предельный объем возмещения, оплачиваются из личных средств или средств добровольного медицинского страхования³². Органы местного самоуправления могут устанавливать особые правила использования средств для больных хроническими заболеваниями.

Все медицинские сберегательные счета являются строго индивидуальными, перераспределение средств внутри семейных счетов не предусматривается. Неиспользованные средства сберегательных счетов переходят на будущие периоды, ограничения максимального или минимального остатка средств не применяются.

Результаты реформы в Китае неоднозначны. Пилотный проект показал эффективность медицинских сберегательных счетов в сокращении неоправданного потребления медицинской помощи и общего объема расходов на здравоохранение, но реализация новой страховой схемы в масштабах всей страны выявила ряд существенных недостатков новой модели:

— увеличение неравенства в доступе к медицинской помощи. Работники с высокой оплатой относительно легко оплачивают безусловную франшизу, тогда как для

²⁹ Liu Y. *Reforming China's Urban Health Insurance System*.

³⁰ *The Decision of the State Council on Setting up Basic Medical Insurance System for Staff Members and Workers in Cities and Towns* / Asian Legal Information Institute (<http://www.asianlii.org/cn/legis/cen/laws/dotscosubmifsmawicat1108/>).

³¹ Zhang H. *Medical Savings Account Balance and Outpatient Utilization: A Multivariate Analysis on the Impact of the Medical Savings Account in China*. — The Hong Kong Polytechnic University, 2012.

³² *The Decision of the State Council on Setting up Basic Medical Insurance System for Staff Members and Workers in Cities and Towns*.

малооплачиваемых работников она представляет серьезное препятствие. Проблема усиливается плоской шкалой отчислений, приводящей к существенной разнице в объеме отчислений на сберегательные счета;

— неэкономное или нецелевое использование средств сберегательных счетов. Так, при последовательном расходовании средств сберегательные счета могут провоцировать сверхпотребление по мере приближения к объему установленного вычета, поскольку население воспринимает оплату из страховых средств как более выгодную. При параллельном расходовании средств потребители стремятся увеличить потребление услуг, оплачиваемых за счет страховой части, в частности, за счет неоправданной госпитализации;

— высокие административные расходы при низкой эффективности деятельности страховых агентств³³.

США

В США также не существует единой государственной системы здравоохранения, охватывающей все население. Часть населения (лица старше 65 лет, инвалиды, лица с доходом ниже определенного уровня, ветераны) получают медицинское обеспечение в рамках государственных программ (32,6 %). Большая часть населения обладает частной медицинской страховкой, преимущественно приобретаемой через работодателя (48,4 %), реже — индивидуально (3,6 %). Остальная часть населения (15,4 %) остается незастрахованной³⁴.

Впервые концепция медицинских сберегательных счетов как возможный инструмент решения проблемы морального риска в частном медицинском страховании в США начинает обсуждаться в 1970-е гг. Начиная с 1980-х гг. частные страховые компании начинают предлагать страховые планы, включающие медицинские сберегательные счета.

Позднее интерес к концепции медицинских сберегательных счетов появляется на государственном уровне. Сберегательные счета рассматриваются как инструмент повышения эффективности использования средств за счет превращения потребителя в активного участника отношений в сфере здравоохранения, самостоятельно выбирающего необходимые виды медицинских услуг и их поставщиков на основе информации о цене и качестве услуг.

В 1992 г. понятие медицинских сберегательных счетов впервые появляется в федеральном законодательстве, но на практике они не получили широкого распространения, поскольку в отличие от средств, предназначенных на уплату взносов по медицинскому страхованию, средства сберегательных счетов оставались налогооблагаемыми. В 1996 г. начинается пилотный проект по использованию медицинских сберегательных счетов (Archer MSA, medical savings accounts), средства которых исключались из налогообложения. Но право на открытие этих счетов было предоставлено лишь отдельным категориям населения (самозанятому населению, работодателям с числом работников менее 50)³⁵. В 2002 г. постановлением Налогового управления США работодателям разрешается открывать специализированные счета для оплаты медицинских расходов сотрудников, средства которых не облагаются налогом, но остаются собственностью работодателя (HRA, health reimbursement account). В это же

³³ Yi Y., Maynard A. *Medical Savings Accounts in China // Euro Observer*. — 2008. — № 10 (4). — P. 12–14; Kong X., Yang Y., Gong F., Zhao M. *Problems and the Potential Direction of Reforms for the Current Individual Medical Savings Accounts in the Chinese Health Care System // Journal of Medicine and Philosophy* — 2012. — № 37. — P. 556–567.

³⁴ Приводятся данные 2012 г. по основному источнику медицинского обеспечения, см.: *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012 // U.S. Census Bureau* <http://www.census.gov/prod/2013pubs/p60-245.pdf>.

³⁵ *The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 / U.S. Government Printing Office* (<http://www.gpo.gov/fdsys/search/pagedetails.action?granuleId=CRPT-104hrpt736&packageId=CRPT-104hrpt736>).

время начинают развиваться страховые планы, позволяющие потребителям самостоятельно выбирать оптимальный для них набор услуг, покрываемых страховкой (CDHP — Consumer-driven health plans). Поскольку эти планы, как правило, предполагали высокий уровень безусловной франшизы, медицинские сберегательные счета часто использовались как дополнение к ним, позволяющее оплачивать необходимые расходы до достижения минимального страхового уровня. В 2003 г. появляются медицинские сберегательные счета современного типа (HSA — health savings account), средства которых принадлежат непосредственно держателю счета, а право на открытие имеет любое лицо, соответствующее требованиям закона³⁶. Закон предусматривает постепенное прекращение или преобразование медицинских сберегательных счетов предыдущих типов в HSA. Управление HSA осуществляет банк, страховая компания или иной финансовый институт, уполномоченный Налоговым управлением США.

Выбор страхового плана, предполагающего использование сберегательного счета, является добровольным. Ограничения на использование медицинских сберегательных счетов включают в себя требования к держателю счета (использование страхового плана с высоким уровнем безусловной франшизы, отсутствие другой медицинской страховки и права на участие в программе Medicare, отсутствие у кого-либо из членов семьи оформленного налогового вычета на владельца счета как иждивенца) и страховому плану (уровень безусловной франшизы, ограничение максимального размера платежей из личных средств потребителя, включая франшизу и соплатежи). В 2013 г. минимальный размер годовой франшизы, допускающий использование HSA, был установлен на уровне \$1250 для индивидуального страхового плана и \$2500 — для семейного страхового плана. Предельный объем платежей из личных средств потребителя составлял \$6350 для индивидуального страхования, \$12 700 — для семейного страхования³⁷.

Взносы на сберегательный счет вправе производить любой дееспособный индивид, включая само застрахованное лицо, работодателя, членов семьи и др. Максимально допустимый размер взносов определяется типом страховки, возрастом застрахованного лица и длительностью действия сберегательного счета и может достигать до \$3250 для индивидуального страхового плана и до \$6450 — для семейного страхового плана.

Перечень допустимых и недопустимых направлений расходования средств сберегательного счета устанавливается Налоговым управлением США. В общем случае к разрешенным расходам относятся расходы на диагностику, лечение, смягчение последствий и предупреждение болезней, которые влияют непосредственно на заболевание или нарушение нормальной жизнедеятельности, подпадающие под страховой вычет. Расходы на услуги и товары, влияющие на состояние здоровья в целом, в частности отдых или витамины, к допустимым направлениям не относятся. Расходы на услуги, исключенные из перечня допустимых направлений расходования средств, возможны, но облагаются налогом на доходы и дополнительным 20 % штрафом³⁸.

Число пользователей HSA быстро растет. По данным на январь 2013 г. пользователями HSA являлись 15,5 млн американцев (в январе 2012 г. — 13,5 млн, в январе 2011 г. — 11,4 млн)³⁹.

Оценка эффективности медицинских сберегательных планов в США осложняется значительными различиями в условиях страховых планов, в частности в объеме покрытия, условиях выбора поставщиков медицинской помощи, условиях оплаты отдельных видов медицинской помощи⁴⁰. Отмечаются трудности с получением информации,

³⁶ *The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act / Centers for Medicare & Medicaid Services* (http://www.cms.gov/Medicare/Demonstration-Projects/DemoProjectsEvalRpts/downloads/MMA649_Legislation.pdf).

³⁷ *IRS Publication 969 / The Internal Revenue Service* (<http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html>).

³⁸ *IRS Publication 969 / The Internal Revenue Service*.

³⁹ *January 2013 Census Shows 15.5 Million People Covered by Health Savings Account / High-Deductible Health Plans (HSA/HDHPs) / America's Health Insurance Plans* (<http://www.ahip.org/HSAcensus2013PDF/>).

⁴⁰ Например, многие страховые планы обеспечивают оплату профилактической медицинской помощи «с первого доллара» без учета франшизы.

необходимой для принятия решения о действительной необходимости медицинской услуги, большая склонность лиц, выбравших страховой план со сберегательным счетом, к откладыванию обращения к врачу и снижению потребления профилактической медицинской помощи. Среди пользователей страховых планов с более мягкими условиями оплаты профилактической медицинской помощи и помощи при хронических заболеваниях эти риски снижаются. Привлекательность страховых планов, основанных на использовании сберегательного счета, для ранее незастрахованного населения на практике не подтвердилась, поскольку примерно половина американцев, не имеющих медицинской страховки, обладают доходом в пределах не облагаемого подоходным налогом минимума и, как следствие, не получают никаких преимуществ от использования сберегательного счета⁴¹.

Канада

В Канаде действует единая система здравоохранения, обеспечивающая универсальный доступ к медицинской помощи, включая амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную помощь, услуги по уходу, лекарственное обеспечение. Основным источником финансирования служат бюджетные средства, участие пациента в оплате медицинской помощи не предусматривается. Отмечается быстрый рост расходов на здравоохранение: в 1997–2007 гг. расходы провинций на здравоохранение увеличивались в среднем на 7,5 % в год, тогда как темпы роста доходов бюджетов провинций составляли 5,7 %, ВВП — 5,2 %. При этом расходы на здравоохранение отдельных провинций могут доходить до половины общего объема бюджета. В настоящий момент Канада придерживается политики жесткого сдерживания расходов, ограничивая предложение медицинских услуг (запрет на внесение в страховые планы новых лекарств или медицинских технологий, исключение из страховых планов отдельных дорогостоящих услуг, увеличение сроков ожидания медицинской помощи). Политика сдерживания расходов при относительной финансовой эффективности негативно сказывается на доступности медицинской помощи: средний срок от приема семейного врача до получения назначений специалиста с 1993 по 2010 г. вырос с 9,3 до 18,2 недель⁴².

Проект реформы здравоохранения в Канаде, основанный на использовании медицинских сберегательных счетов, впервые был предложен Институтом Фрэзера в 1996 г.⁴³. Предполагалось, что сберегательные счета сохранят основные принципы социальной системы здравоохранения с расширением действия рыночных регуляторов. В качестве основных преимуществ перехода от прямого государственного финансирования к системе сберегательных счетов предлагалось:

- расширение свободы выбора пациентом необходимых медицинских услуг;
- увеличение заинтересованности пациента и врача в рациональном использовании средств с учетом ценовой информации;
- ориентация врача на потребности пациента.

В соответствии с проектом реформы медицинские сберегательные счета должны были сохранить принцип универсального доступа. Держателями сберегательных счетов (MPA — medical premium accounts) становятся все граждане страны. Пополнение сберегательных счетов осуществляется государством из средств общих налоговых поступлений.

Средства медицинского сберегательного счета делятся на две части: индивидуальный счет гражданина и страховая часть. Средства страховой части предназначены для приобретения страховки от дорогостоящих заболеваний, которая может быть как

⁴¹ Glied, S. *Health Savings Accounts in the United States* // *Euro Observer*. — 2008. — № 10 (4). — P. 5–6.

⁴² Skinner B. J., Rover M. *Canada's Medicare Bubble: Is Government Health Spending Sustainable without User-based Funding* / *Fraser Institute*, 2011 (<http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/canadas-medicare-bubble.pdf>).

⁴³ McArthur W., Ramsay C., Walker M. *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in an International Context* / *The Fraser Institute*, 1996.

государственной, так и частной. Частные страховые компании обязаны включать в предлагаемые страховые планы определенный государством минимальный набор услуг, но вправе расширять его за дополнительную плату.

Общий годовой государственный взнос может быть рассчитан на основе данных о подушевых расходах по демографическим группам за прошлые периоды. Размер страховой части сберегательного счета определяется как стоимость страховки от дорогостоящих заболеваний, полученной на основе актуарных расчетов для каждой демографической группы. Остаток средств государственного взноса за вычетом страховой части направляется на индивидуальный сберегательный счет.

Средства индивидуального счета могут быть направлены на приобретение любых медицинских услуг или лекарственных средств без каких-либо ограничений. При этом в зачет франшизы включаются только расходы на услуги и лекарственные препараты, входящие в выбранный страховой план. После исчерпания средств индивидуального сберегательного счета и до достижения общего объема расходов, соответствующего франшизе, медицинские услуги оплачиваются из личных средств пациента, далее — за счет страховых средств. Остаток средств медицинского сберегательного счета на конец года может выплачиваться застрахованному лицу напрямую, переводиться на пенсионный счет, сохраняться на медицинском сберегательном счету на будущие периоды.

Важное условие эффективности системы сберегательных счетов — экономическая самостоятельность больниц: приватизация или передача в частное управление, выставление счетов непосредственно пациенту, а не государственным органам.

Авторы реформы предлагали проведение пилотного проекта для проверки влияния сберегательных счетов на объем медицинских расходов и доступность медицинской помощи, но не получили поддержки. Комитет Сената по социальным вопросам, науке и технологиям в своем отчете указал на недостаточную изученность влияния сберегательных счетов на систему здравоохранения и высокий риск снижения доступности медицинской помощи для малообеспеченного населения и населения, страдающего хроническими заболеваниями. Как следствие, Комитет не рекомендовал включение медицинских сберегательных счетов в государственную систему здравоохранения, но допустил возможность рассмотрения механизма сберегательных счетов в будущем для оплаты услуг, не включенных в государственный страховой план и оплачиваемых из личных средств пациента (например, долгосрочного ухода)⁴⁴.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ

Имеющийся опыт применения медицинских сберегательных счетов пока недостаточен для исчерпывающей оценки изменений в поведении потребителей и поставщиков медицинской помощи. С учетом ограниченности доступных данных можно сделать следующие выводы об эффективности сберегательных счетов:

1. Использование медицинских сберегательных счетов на начальном этапе приводит к снижению общего уровня потребления медицинских услуг и расходов. В дальнейшем в отдельных случаях могло наблюдаться возобновление роста расходов, вызванного как политикой поставщиков медицинских услуг (Сингапур), так и переориентацией потребления на услуги, оплачиваемые за счет страховых средств (Китай) или личных средств потребителя (США). Во всех случаях в первую очередь отмечалось снижение потребления чрезмерно дорогих или не являвшихся необходимыми медицинскими услуг. Вместе с тем в исследованиях отмечались следующие потенциальные риски:

— риск роста расходов, вызванный предложением. Из-за наличия значительной информационной асимметрии на рынке медицинских услуг поставщики могут навязывать потребителю избыточные услуги или услуги по завышенной цене даже при

⁴⁴ *The Health of Canadians — The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002 / Parliament of Canada (<http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoc02vol6-e.htm>).*

наличии у потребителя стимула к экономии. Использование сберегательных счетов усиливает эту тенденцию за счет исключения промежуточного контрольного звена в лице государственных органов управления здравоохранением или страховых компаний. Риск роста расходов отчасти подтверждается данными Сингапура, где внедрение сберегательных счетов и предоставление значительной автономии государственным больницам привели к усилению конкуренции по качеству, но не по цене, что в конечном итоге стало причиной роста расходов на медицинское обеспечение и потребовало вмешательства государства в деятельность больниц⁴⁵;

— риск ограничения доступности необходимой медицинской помощи, особенно профилактической. Эта проблема частично может быть решена установкой особых условий для гарантирования доступности первичной помощи: снижение уровня соплатежей и повышение лимитов расходования средств на эти цели (Сингапур), обеспечение покрытия профилактической медицинской помощи без учета франшизы (США).

2. Исследования не отмечают значимого влияния медицинских сберегательных счетов на расширение охвата ранее не застрахованного населения. В частных системах здравоохранения медицинские сберегательные счета играют важную роль в улучшении доступности медицинской помощи для людей, которые уже использовали частную медицинскую страховку. Для ранее не застрахованного населения сберегательные счета остаются слишком дорогим и непривлекательным инструментом медицинского обеспечения.

Критики концепции сберегательных счетов отмечают связанный с медицинскими сберегательными счетами риск дробления страхового рынка и роста стоимости классических страховых планов, поскольку страхование, основанное на сберегательных счетах, привлекает наиболее здоровое и обеспеченное население⁴⁶. В то же время данные ряда исследований, проведенных в США и ЮАР, не показывают существенных различий между пользователями классических страховых планов и планов, основанных на сберегательных счетах⁴⁷.

3. Медицинские сберегательные счета увеличивают общий объем доступных средств путем переноса части финансовой нагрузки на потребителя, что может положительно оцениваться при использовании сберегательных счетов в качестве дополнения, расширяющего медицинское обеспечение (например, за счет предоставления палат повышенной комфортности), или при изначально дефицитной системе медицинского обеспечения. Страны с развитыми системами медицинского обеспечения рассматривают перенос финансовой нагрузки по оплате основных медицинских услуг на потребителя как шаг назад, поскольку эта мера снижает доступность медицинской помощи и эффективность использования средств. Даже в том случае, если сберегательные счета финансируются государством, возникает проблема учета индивидуальных медицинских рисков и их последующей компенсации, которая успешно решается действующими системами здравоохранения путем горизонтального перераспределения средств⁴⁸.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В РОССИИ

В последние годы отдельные эксперты неоднократно обращались к теме возможного использования медицинских сберегательных счетов в рамках российской системы

⁴⁵ Hsiao W. C. *Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore*.

⁴⁶ Moon M., Nichols L. M., Wall S. *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis* / Urban Institute, 1996 (<http://www.urban.org/url.cfm?ID=406498>).

⁴⁷ См., напр.: Yoo H., Chen C. *Estimated Income Characteristics of HSA Accountholders in 2008* / *America's Health Insurance Plans*, 2009; Matisonn S. *Medical Savings Accounts in South Africa* / *National Center for Policy Analysis, Policy Report № 234*, 2000.

⁴⁸ Thomson S., Mossialos E. *Medical Savings Accounts; Can They Improve Health System Performance in Europe?* // *Euro Observer*. — 2008. — № 10 (4). — P. 1–4.

здравоохранения⁴⁹. Важным аргументом в пользу сберегательных счетов служит изменение статуса пациента: из пассивного получателя медицинских услуг пациент превращается в полноправного участника системы здравоохранения, права которого на принятие решений о приобретении услуг и оценку их качества впервые в отечественной практике получают экономическое обеспечение. Появление в системе ОМС финансовых ресурсов, контролируемых непосредственно потребителем, даст следующие положительные эффекты:

- расширение свободы выбора медицинского учреждения и конкретного медицинского специалиста;
- сокращение объемов теневых платежей, прозрачность цен и стандартов качества медицинских услуг;
- активное участие пациента в контроле качества медицинской помощи.

Тем не менее большинство отечественных специалистов в области общественного здравоохранения склонны относиться к идее медицинских сберегательных счетов скептически. Причины такого отношения кроются, с одной стороны, в особенностях сберегательных счетов как метода оплаты медицинской помощи (недостаточной доказанности эффекта снижения или существенного замедления роста медицинских расходов в долгосрочном периоде, возникновении риска роста социального неравенства в доступе к медицинской помощи), с другой — в особенностях национальной модели здравоохранения, препятствующих их эффективному использованию. В первую очередь это касается отношения к медицинскому обеспечению как к особой сфере, распространение рыночных принципов на которую недопустимо. Население воспринимает бесплатную медицинскую помощь как одно из важнейших социальных прав и крайне негативно воспринимает любые ограничения этого права. Даже в том случае, если сберегательные счета будут финансироваться из страховых взносов на ОМС, это неизбежно приведет к отрицательной реакции, аналогичной реакции на монетизацию льгот. Медицинские специалисты, в свою очередь, склонны рассматривать свою деятельность как разновидность государственной службы и предпочитают, чтобы она оценивалась профессиональными ассоциациями или органами государственной власти, но не пациентами и тем более не воспринималась как часть коммерческой сферы обслуживания. Существуют также и иные потенциальные риски: низкая медицинская грамотность населения ставит под сомнение возможность пациентов принимать обоснованные решения о выборе медицинских услуг; ненадежность финансовых институтов и недоверие населения к ним затрудняют техническую реализацию медицинских сберегательных счетов.

Часть высказываемых опасений находит подтверждение в опыте Китая, где медицинские сберегательные счета пришли на смену социально-страховой модели, и в исследованиях, проведенных в Канаде: вероятное ограничение доступности медицинской помощи, ориентация потребителей на преимущественное использование средств страховой части. Следует ли из этого, что медицинские сберегательные счета однозначно не пригодны для развития российской системы ОМС?

Ответ на этот вопрос зависит от трактовки текущей ситуации в сфере здравоохранения. На сегодняшний день уже известно, что проблема морального риска свойственна всем типам систем здравоохранения развитых стран (исключение составляют частные системы, полностью основанные на платежах из личных средств и встречающиеся исключительно в развивающихся странах). При увеличении общего объема медицинских расходов, вызванного старением населения, ростом стоимости медицинских технологий и расширением государственных гарантий в сфере здравоохранения, проблема избыточного потребления «бесплатной» медицинской помощи становится опасной для финансовой устойчивости системы здравоохранения. Большинство развитых стран, в том числе Россия, стремится решить эту проблему административными методами за

⁴⁹ См. напр.: Гришин В. Новая идеология нового здравоохранения в новой стране // Медицинский вестник. — 2008. — № 8. — С. 6; № 9–10. — С. 6; № 15. — С. 5.

счет ограничения доступности медицинской помощи (создание многоуровневой системы медицинской помощи с жесткой схемой маршрутизации, легализация очередей и сроков ожидания медицинской помощи). При этом пациент полностью отстраняется от принятия решений и не может повлиять на доступность необходимой ему услуги, иначе как обратившись в частную медицинскую организацию с оплатой из личных средств. Как следствие, развитие механизмов ограничения доступности приводит к выходу наиболее активной и обеспеченной части населения из государственной системы здравоохранения и нарастанию неравенства в доступе к медицинской помощи в противовес декларируемым принципам универсального доступа.

Другой стороной проблемы недобросовестного поведения в системах здравоохранения, где функции потребителя и покупателя разделены, выступает качество предоставляемых услуг. Разделение оплаты и получения услуг приводит к формированию искаженной системы стимулов: поставщики заинтересованы в соответствии формальным требованиям покупателя, гарантирующим оплату услуг, а не ожиданиям пациента. Развитие административных методов контроля качества (мониторинг удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи, работа с обращениями граждан, введение дополнительных отчетных форм, отражающих отдельные потребительские качества услуги) неизбежно приводит к росту административных издержек, но не гарантирует достоверного отражения интересов пациента.

Наделение пациента в государственной системе здравоохранения экономическими правами позволяет преодолеть разрыв между покупателем и потребителем, сократив тем самым риски недобросовестного поведения без введения дополнительных издержек. Наиболее известный финансовый инструмент регулирования потребительского поведения — разделение затрат, т. е. оплата части стоимости полученной медицинской помощи из личных средств пациента. Основным недостатком данного инструмента выступает его очевидная социальная несправедливость: медицинская помощь становится менее доступной для малообеспеченных граждан. Медицинские сберегательные счета могут рассматриваться как наиболее мягкий вариант разделения затрат, позволяя гарантировать определенный уровень покрытия медицинских расходов за счет установления обязательного размера взносов. Кроме того, это более гибкий инструмент, воздействие которого на доступность медицинской помощи может быть дополнительно смягчено путем:

- пополнения медицинских сберегательных счетов за счет страховых взносов или средств налогообложения;
- субсидирования сберегательных счетов для наиболее нуждающихся категорий граждан (малообеспеченных, страдающих хроническими заболеваниями);
- ограничения перечня направлений и объемов использования средств первичной медицинской помощи, оказываемой по инициативе пациента, с сохранением системы ОМС в полном объеме для дорогостоящих заболеваний.

Таким образом, правомерно рассматривать медицинские сберегательные счета как одно из возможных решений проблемы недобросовестного поведения. Включение медицинских сберегательных счетов в систему ОМС как одного из основных источников оплаты медицинской помощи на современном этапе следует признать маловероятным в силу высокой технической сложности и негативного восприятия идеи обществом.

Более перспективным вариантом использования медицинских сберегательных счетов в российском здравоохранении может стать применение их для решения отдельных задач, в частности лекарственного страхования. В настоящий момент в России действуют две программы лекарственного обеспечения: «7 нозологий» и ОНЛС (обеспечение необходимыми лекарственными средствами), направленные на снабжение медицинскими препаратами наиболее нуждающихся в социальной защите групп населения. Всеобщее лекарственное обеспечение распространяется на лечение в условиях стационара. Таким образом, все действующие программы ориентированы на социальную поддержку населения, нуждающегося в дорогостоящем лечении,

тогда как обязательное лекарственное страхование имеет совершенно другое целевое назначение: сохранение здоровья трудоспособного населения.

Это отличие обязательного лекарственного страхования от лекарственного обеспечения позволяет говорить о поиске новых форм оплаты лекарственных средств, включая различные разновидности финансового участия потребителя. Немаловажно, что всеобщее лекарственное обеспечение в современной России вводится впервые и, в отличие от ОМС, модель поведения потребителей еще не сформирована, что снижает риски оппортунистического поведения. По сравнению с обязательным лекарственным страхованием лекарственное обеспечение на основе сочетания сберегательных счетов и соплатежей из личных средств позволяет максимально полно учесть интересы потребителя. Пациенты, нуждающиеся в приобретении медикаментов, не внесенных в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, не исключаются из системы лекарственного обеспечения полностью, а сохраняют право на использование ее средств с учетом установленных ограничений. По сравнению с лекарственным обеспечением, основанным на соплатежах населения, медицинские сберегательные счета также обладают рядом преимуществ:

- возможность управлять доступностью лекарственного обеспечения через государственные субсидии для нуждающихся категорий населения, управление перечнем лекарственных средств и уровнем участия пациента в оплате;

- перераспределение рисков во времени через накопительную функцию сберегательного счета;

- создание стимулов для рационального поведения потребителей путем передачи им права собственности на средства сберегательного счета и ответственности за расходование средств;

- обеспечение целевого расходования средств обязательного лекарственного страхования и мониторинг потребления лекарственных средств.

Таким образом, медицинские сберегательные счета могут быть эффективны как механизм оплаты медицинской помощи в составе отдельных проектов и программ системы ОМС, не финансируемых ранее за счет ОМС и не относящихся к медицинской помощи по жизненным показаниям. Окончательные выводы о перспективах м-ецицинских сберегательных счетов в российской системе ОМС позволит сделать пилотный проект, в частности, в сфере лекарственного обеспечения.

Библиография

1. Гришин В. Новая идеология нового здравоохранения в новой стране // Медицинский вестник. — 2008. — № 8; № 9–10; № 15.
2. Barber S., Yao L. Health Insurance Systems in China: a Briefing Note / World Health Report 2010. Background paper, No. 37. World Health Organization, 2010.
3. China. Basic Medical Insurance in Urban Areas [Электронный ресурс] / International Labour Organization. — Режим доступа: http://www.ilo.org/dyn/illossi/ssimain.viewScheme?p_lang=en&p_geoaid=156&p_scheme_id=287.
4. CPF Contribution [Электронный ресурс] / Central Provident Fund Board. — Режим доступа: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contri/ContriRa.htm>.
5. Department of Statistics Singapore [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.singstat.gov.sg>.
6. Dong W. Can Health Care Financing Policy be Emulated? The Singaporean Medical Savings Accounts Model and its Shanghai Replica // Journal of Public Health (Oxford). — 2006. — № 28 (3).
7. Farnsworth D. Moral Hazard in Health Insurance: Are Consumer-Directed Plans the Answer? Annals of Health Law 15 (2), 2006.
8. Glied, S. Health Savings Accounts in the United States // Euro Observer. — 2008. — 10 (4).
9. Global Health Expenditure Database [Электронный ресурс] / World Health Organization. — Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.
10. Haseltine W. A. Affordable Excellence: the Singapore Healthcare Story: How to Create and Manage Sustainable Healthcare Systems. — Singapore: Ridge Books, 2013.
11. Hsiao W. C. Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore // Health Affairs. — 1995. — № 14 (2).
12. Hsu J. Medical Savings Accounts: What is at Risk? World Health Report 2010. Background Paper 17 [Электронный ресурс] / World Health Organization. — Режим доступа: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/MSAsNo17FINAL.pdf>.

13. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2013 [Электронный ресурс] / U.S. Census Bureau. — Режим доступа: <http://www.census.gov/prod/2013pubs/p60-245.pdf>.
14. Interest Rates [Электронный ресурс] / Central Provident Fund Board. — Режим доступа: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/Gen-Info/Int-Rates/Int-Rates.htm>.
15. IRS Publication 969 [Электронный ресурс] / The Internal Revenue Service. — Режим доступа: <http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html>.
16. January 2013 Census Shows 15.5 Million People Covered by Health Savings Account / High-Deductible Health Plans (HSA/HDHPs) [Электронный ресурс] / America's Health Insurance Plans. — Режим доступа: http://www.ahip.org/HSA_Census2013PDF/.
17. Kong X., Yang Y., Gong F., Zhao M. Problems and the Potential Direction of Reforms for the Current Individual Medical Savings Accounts in the Chinese Health Care System // Journal of Medicine and Philosophy. — 2012. — № 37.
18. Liu G., Cai R. H., Zhao Z. Y., Yuen P., Xiong X. J., Chao S., Wang B. Q. Urban Health Care Reform Initiative in China: Findings from its Pilot Experiment in Zhengjiang City // International Journal of Economic Development. — 1994. — № 1 (4).
19. Liu Q. Healthcare Reform Rolls on: What's Next? [Электронный ресурс] / China.org.cn. — Режим доступа: http://www.china.org.cn/china/third_plenary_session/2013-11/10/content_30553575.htm.
20. Liu Y. Reforming China's Urban Health Insurance System // Health Policy. — 2002. — № 60 (2).
21. Matisonn S. Medical Savings Accounts in South Africa / National Center for Policy Analysis // Policy Report. — 2000. — № 234.
22. McArthur W., Ramsay C., Walker M. Healthy Incentives: Canadian Health Reform in an International Context / The Fraser Institute, 1996.
23. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience / World Health Organization, 2002.
24. Medisave Contributions [Электронный ресурс] / Central Provident Fund Board. — Режим доступа: <http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/11789499-FAA9-4CDB-89FF-976CF23C08D3/O/MedisaveContributions.pdf>.
25. Medisave Minimum Sum [Электронный ресурс] / Central Provident Fund Board. — Режим доступа: <http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/739B90C6-218D-4AAD-9A4D-2B384381B57F/O/MedisaveMinimumSum.pdf>.
26. Medisave Withdrawal limits [Электронный ресурс] / Ministry of Health Singapore. — Режим доступа: http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Withdrawal_Limits.html.
27. Moon M., Nichols L. M. Wall S. Medical Savings Accounts: a Policy Analysis [Электронный ресурс] / Washington, DC: Urban Institute, 1996. — Режим доступа: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=406498>.
28. Most Efficient Health Care: Countries [Электронный ресурс] / Bloomberg. — Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>.
29. OECD Health Statistics [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm>.
30. Ramesh M. Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore // The American Review of Public Administration. — 2008. — № 38.
31. Skinner B. J., Rover M. Canada's Medicare Bubble: Is Government Health Spending Sustainable without User-based Funding [Электронный ресурс] / Fraser Institute, 2011. — Режим доступа: <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/canadas-medicare-bubble.pdf>
32. The Decision of the State Council on Setting up Basic Medical Insurance System for Staff Members and Workers in Cities and Towns [Электронный ресурс] / Asian Legal Information Institute. — Режим доступа: <http://www.asianlii.org/cn/legis/cen/laws/dotscosubmisfsmawicat1108/>
33. The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 [Электронный ресурс] / US Government Printing Office. — Режим доступа: <http://www.gpo.gov/fdsys/search/pagedetails.action?granuleId=CRPT-104hrpt736&packageld=CRPT-104hrpt736>.
34. The Health of Canadians — The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-e.htm>.
35. The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act [Электронный ресурс] / Centers for Medicare & Medicaid Services. — Режим доступа: http://www.cms.gov/Medicare/Demonstration-Projects/DemoProjectsEvalRpts/downloads/MMA649_Legislation.pdf.
36. Thomson S., Mossialos E. Medical Savings Accounts: Can They Improve Health System Performance in Europe? // Euro Observer. — 2008. — 10 (4).
37. Wang Z. The Effectiveness, Problems and Outlet for the Personal Account of Basic Medical Insurance // Chinese Health Economics. — 2005. — № 24.
38. The World Health Report 2000 — Health Systems: Improving Performance. — Geneva: World Health Organization, 2000.
39. Yi Y., Maynard A. Medical Savings Accounts in China // Euro Observer. — 2008. — № 10 (4).
40. Yoo H., Chen C. Estimated Income Characteristics of HSA Accountholders in 2008 / America's Health Insurance Plans, 2009
41. Zhang H. Medical Savings Account Balance and Outpatient Utilization: A Multivariate Analysis on the Impact of the Medical Savings Account in China / The Hong Kong Polytechnic University, 2012.